



1º Curso Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Saúde Mental e Psiquiatria

**Intervenção de grupo com crianças  
com perturbações do comportamento**

Relatório do projecto de estágio

José Manuel Falé

**2012**



1º Curso Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Saúde Mental e Psiquiatria

**Intervenção de grupo com crianças  
com perturbações do comportamento**

Relatório do projecto de estágio

José Manuel Falé

Orientador: Professor António Nabais

**2012**

O caminho faz-se caminhando...

(António Machado, poeta castelhano)

## Agradecimentos

Por diversas nuances este foi um percurso difícil, nem sempre linear, tal como a própria estrada da vida... onde à curvas, lombas, cruzamentos em que, necessariamente, temos que decidir a direcção a tomar, acreditando que escolhemos a mais certa, que nos leve a um qualquer lugar, que sintamos seja o “nosso lugar”!

Nesta “estrada”, que me trouxe até este lugar, muitas são as pessoas que me ajudaram a cá chegar...

A minha mãe, com o seu amor incondicional,

O meu pai (que do céu colocou um cruzamento na minha “estrada” e me ajudou a tomar a direcção certa),

Os meus filhos, Rodrigo e Carolina, pedras mais que preciosas de qualquer dos caminhos,

A minha filha Leonor, uma linda pedrinha de um novo caminho,

A ti, Marisa, meu “lugar certo”!

Finalmente agradeço a orientação e incentivo da Sra. Enfermeira Teresa Lemos, do Sr. Professor António Nabais e sobretudo àqueles que na realidade tornaram possível este projecto e que mais me ensinaram... as crianças do grupo!!

## RESUMO

Este relatório apresenta o trabalho desenvolvido no projecto de **intervenção de grupo com crianças com perturbações do comportamento**, no âmbito da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, visando o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista desta mesma área.

Situou-se a intervenção no momento de transição da infância para a adolescência, a qual é uma das transições mais significativas do desenvolvimento humano e que mais comumente está associada a problemas de saúde.

Este projecto teve como **finalidade** ajudar crianças em sofrimento mental a recuperar a sua saúde, facilitando o desenvolvimento e crescimento harmonioso, promovendo assim que se tornem adultos saudáveis, através da criação e dinamização de um grupo terapêutico.

O objectivo geral deste projecto foi desenvolver competências de âmbito psico e socioterapêutico, que permitam, enquanto especialista, realizar grupos terapêuticos.

Foi dinamizado um grupo terapêutico com crianças com perturbações do comportamento, ao longo de 12 sessões. Baseou-se as intervenções no modelo interaccional de Yalom, com base nos pressupostos da relação de ajuda.

O abandono da terapia constituiu um dos obstáculos à obtenção de resultados mais eficazes, no entanto a avaliação subjectiva do processo revela claros benefícios em saúde para os participantes, com aumento da capacidade para exprimir as angústias internas de forma mais adaptativa, em detrimento do *acting out*.

As competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria foram desenvolvidas quer através da interacção estabelecida com as crianças em ambos os contextos (internamento e grupo terapêutico), quer através da supervisão clínica efectuada pelos orientadores.

**Palavras chave:** grupo terapêutico; pré-adolescentes; enfermagem de saúde mental; relação terapêutica; supervisão clínica.

## ABSTRACT

This report presents the development of the **group intervention project with children with behavioral disorders**, within the mental health nursing and psychiatry, to develop specific skills of the nurse specialist, in the same area.

Stood the intervention at the time of transition from childhood to adolescence, which is one of the most significant transitions of human development and is most commonly associated with health problems.

This project **aimed** to help children in mental distress to recover their health, facilitating the balanced development and growth, thus promoting them to become healthy adults, by creating and facilitating a therapeutic group.

The goal of this project was to develop psycho and socio therapeutic within skills, allowing, as an expert, to perform therapeutic groups.

It spurred a group therapy with children with behavioral disorders, over 12 sessions. The interventions It was based in the interactional Yalom model, based on the assumptions of the help relationship.

The abandonment of therapy constituted an obstacle to achieving more effective results, but the subjective evaluation of the process reveals clear health benefits for participants, with increased ability to express the inner anxieties in a more adaptive way, as opposed to *acting out*.

The specific skills of the nurse specialist in mental health and psychiatry have been developed or established through interaction with the children in both settings (inpatient and group therapy), either through clinical supervision carried out by advisors.  
**Keywords:** group therapy, pre-teens, mental health nursing, therapeutic relationship, clinical supervision.

## Índice

INTRODUÇÃO .....	9
PARTE I .....	12
Identificação/caracterização da problemática de partida .....	12
Competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria.....	14
Enquadramento conceptual .....	17
Pré-adolescentes.....	21
Intervenção em grupo .....	23
PARTE II .....	26
Planeamento e implementação do projecto .....	26
Contexto de intervenção .....	35
<i>Setting Terapêutico</i> para a intervenção grupal .....	36
Resultados obtidos.....	42
QUESTÕES ÉTICAS .....	46
LIMITAÇÕES AO PROJECTO .....	47
CONCLUSÃO.....	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	51
ANEXOS .....	55

## Índice de quadros e tabelas

Quadro 1- Identificação e caracterização das crianças seleccionadas .....	28
Tabela 1- Resultados absolutos com casos válidos para SDQ-Por .....	29
Tabela 2 – Perfil de dificuldades de cada criança segundo o SDQ-Por .....	30
Tabela 3 – Sociabilidade segundo a escala SDQ-Por.....	32
Tabela 4 – Resultados do Suplemento de Impacto.....	33



## INTRODUÇÃO

O presente relatório é elaborado na sequência do desenvolvimento do projeto de estágio, no âmbito do I Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Serve o presente relatório para a discussão pública com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Este projecto foi delineado tendo em conta a área de interesse pessoal, alavancado numa experiência clínica de 6 anos de trabalho directo com crianças e jovens em sofrimento mental, enquanto enfermeiro a desempenhar funções na Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência de um Hospital da periferia de Lisboa, com a finalidade de desenvolver e consolidar competências clínicas, de acordo com o perfil de competências específicas de especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria (DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2ª SÉRIE, Nº35, FEVEREIRO DE 2011).

O enfoque na infância e adolescência deve-se a uma preocupação com a área de prevenção da doença mental, certo de que é nas idades mais precoces que se deve intervir, obstaculizando este mesmo adoecer e facilitando estratégias promotoras de resiliência numa sociedade em permanente mudança.

Esta mesma ideia é expressa num documento da Coordenação Nacional para a Saúde Mental<sup>1</sup>, o qual revela que a prevalência de perturbações emocionais e do comportamento na infância e adolescência se situa entre 10 a 20%, considerando ainda que existirá uma subavaliação desta mesma situação.

Estes dados, em conjunto com as linhas de acção preconizadas no Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM), justificam uma intervenção específica com estas crianças e adolescentes, que se enquadra no âmbito das competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria. Assim, este projecto teve como **finalidade** ajudar crianças em sofrimento mental a recuperar a sua saúde, facilitando o desenvolvimento e crescimento harmonioso, promovendo assim que se tornem adultos saudáveis.

Situou-se a intervenção num momento de transição do desenvolvimento humano, nomeadamente na transição da infância para a adolescência, o qual, Meleis (2006), considera ser uma das transições mais significativas do desenvolvimento e que mais

comummente está associada a problemas de saúde. Neste caso, incidu-se sobre os problemas de saúde mental e em particular sobre as perturbações do comportamento em pré-adolescentes, semiologia que reflecte um mal-estar evidente neste processo de desenvolvimento e de transição para um novo papel.

Ainda de acordo com a mesma autora, uma das estratégias facilitadoras para a mudança de papéis (infância-adolescência, neste caso), é através de um grupo, onde se pode modelar, ensaiar e definir papéis, bem como criar oportunidades de comunicação e interacção que clarifiquem e promovam a transição para esses mesmos papéis.

Assim, a estratégia para a consecução da finalidade ora proposta foi a dinamização de um grupo de pré-adolescentes, como facilitador da “suplementação de papel”<sup>1</sup> na criança. Assim, o objectivo geral delineado foi desenvolver competências de âmbito psicoterapêutico e socioterapêutico, que permitam, enquanto especialista, realizar grupos terapêuticos.

Como objectivos específicos propostos foram:

- Compreender o quadro prodrómico do sofrimento na criança e adolescente com perturbação do comportamento;
- Identificar estratégias de intervenção de âmbito psicoterapêutico, em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, facilitadoras do bem-estar da criança e adolescente;
- Promover a articulação com a comunidade no sentido de criar uma rede de suporte à criança e família;
- Reconhecer o impacto da relação interpessoal, quer no meu desenvolvimento, quer no crescimento do outro.

O projecto foi desenvolvido numa unidade de internamento e de consulta externa do Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência de um hospital da área de Lisboa.

---

<sup>1</sup> “Role supplementation is defined as any deliberative process whereby role insufficiency or potential role insufficiency is identified by the role incumbent and significant others, and the conditions and strategies of role clarification and role taking are used to develop a preventive or therapeutic intervention to decrease, ameliorate, or prevent role insufficiency” (MELEIS, 2006, 17)

Enquanto que na unidade de internamento se privilegiou a intervenção individual, na consulta externa o espaço de intervenção foi grupal, para o que foram seleccionadas algumas crianças de acordo com os critérios definidos.

O modelo de intervenção tem por base os pressupostos existencial-humanistas da relação de ajuda, numa perspectiva Rogeriana, alicerçado no conhecimento teórico adquirido numa pós-graduação em Relação de Ajuda e Intervenção Terapêutica, da Universidade Autónoma de Lisboa.

O presente relatório encontra-se organizado em duas partes, sendo que na primeira se identifica a problemática, objectivos e finalidade do projecto, bem como se aborda o quadro conceptual que sustenta este mesmo projecto. Na segunda parte explicita-se o planeamento, implementação e avaliação dos resultados obtidos com este projecto. Este relatório termina com as questões éticas, limitações ao projecto e conclusão.

## PARTE I

### Identificação/caracterização da problemática de partida

O Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM), publicado em 2008 (DIÁRIO DA REPÚBLICA, 1.<sup>a</sup> SÉRIE – Nº47- 06/03/08) , fruto do trabalho da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (CNRSSM), constitui-se como um documento fundamental para toda a estratégia de intervenção em saúde mental em Portugal, partindo de uma preocupação cada vez mais emergente com a problemática dos problemas de saúde mental, os quais, segundo o próprio PNSM, se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades actuais. Acrescenta ainda o mesmo documento que, “ segundo a Academia Americana de Psiquiatria da Infância e Adolescência e a Organização Mundial de Saúde - Região Europeia, uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas de saúde mental e este peso tende a aumentar. Destas, cerca de metade têm uma perturbação psiquiátrica.” Para além disso considera-se que muitos outros, não diagnosticados, estão também em sofrimento, sem receberem qualquer tipo de tratamento. Mesmo aqueles que estão referenciados, a maioria não recebe tratamento especializado, evoluindo para a idade adulta com processos de doença rigidificados, com consequentes implicações pessoais e sociais.

O Livro Verde (2005), revela ainda que as perturbações comportamentais na infância têm custos para os sistemas sociais, educativos, penais e judiciais, justificando assim a necessidade e a pertinência da intervenção nesta problemática de saúde mental.

Também o PNSM (2008) preconiza a urgência em desenvolver serviços e programas que permitam respostas de qualidade às necessidades de cuidados na infância e adolescência, ao nível da prevenção e do tratamento, pois a CNRSSM (2007), no seu relatório, descreve o panorama actual como manifestamente insuficiente para dar resposta às necessidades desta faixa etária. Os serviços de atendimento em Saúde Mental da Infância e Adolescência, além de escassos, têm uma distribuição assimétrica pelo país, com zonas (interior) quase desprovidas de recursos (dados da CNRSSM, 2007).

Aliado a esta premissa inscrita no PNSM, está o percurso profissional já efectuado, quer ao nível do trabalho com adultos, quer com crianças e adolescentes com sofrimento

mental, experiência essa que corrobora a importância de trabalhar ao nível da prevenção e tratamento muito precocemente, evitando a progressão insidiosa de problemáticas de saúde mental e promovendo factores de protecção e de resiliência.

O KIDSCREEN Study, um estudo europeu que envolveu 12 países (apesar de Portugal não estar incluído no estudo), conclui da importância da intervenção precoce na infância e adolescência em face ao elevado número de problemas de saúde mental que esta população apresenta, apesar da dificuldade na sua definição, devido à multiplicidade de problemáticas e às características específicas do desenvolvimento infanto-juvenil, realçando que a chave da intervenção e prevenção estará no reforço dos recursos sociais e familiares (RAVENS-SIEBERER E COLS, 2008).

De entre os problemas de saúde mental desta faixa etária, um estudo de Eckardt e Deffenbacher (1998), citado por Shechtman (2000), refere que os problemas de comportamento disruptivo representam quase metade de todos os problemas infanto-juvenis referenciados aos serviços de saúde mental. De salientar que esta problemática, socialmente, é entendida, muitas vezes, como “má educação” ou “pré-delinquência”, mas que na verdade é só a face visível de angústias internas, não mentalizadas (CLERGET, 2001), um sinal de sofrimento psíquico que pode ter uma causa muito diversa, carecendo de um diagnóstico ponderado, como referem Lewis e Yeager (2002), citados por Galamba de Almeida e cols (2005), in Vidigal e cols (2005).

Assim, justifica-se a intervenção de enfermagem nesta fase de transição do desenvolvimento, em jovens com dificuldade nesta mudança de papéis (criança/adolescente), de forma a promover um reequilíbrio emocional, reforçar factores protectivos e de resiliência. Projectou-se esta intervenção em grupo pois a literatura aponta esta metodologia de intervenção como a mais eficaz para estes jovens. Pelas características quer da etapa do desenvolvimento, quer da própria perturbação, está amplamente descrita a vantagem da terapia de grupo sobre qualquer outra intervenção (HOAG & BURLINGAME, 1997; JOHNSON [ET AL], 1998; WHITE, 2000; citados por LARMAR, 2006).

## Competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria

Esta intervenção enquadra-se no âmbito das competências a desenvolver enquanto enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiatria, além do próprio Plano Nacional de Saúde Mental preconizar o desenvolvimento deste tipo de respostas, pelos vários técnicos de saúde envolvidos com a área da saúde mental infantil e juvenil (PNSM, 2008), no sentido de dar uma resposta mais eficaz às necessidades desta população, tal como decorre também do próprio relatório da Organização Mundial da Saúde (2001), em que é referida a necessidade de aprimorar a formação de profissionais na área de saúde mental que darão atenção especializada e apoiarão programas de atenção primária de saúde. Também no relatório da CNRSSM (2007), é mencionada a falta de preparação que os técnicos têm nesta área, pelo que é importantíssimo o enfermeiro desenvolver competências específicas, que possam responder mais eficazmente às necessidades deste grupo de clientes.

O perfil de competências delineado pela Ordem dos Enfermeiros e publicado no Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011, constitui uma orientação clara para o percurso formativo do enfermeiro que se especializa na área de intervenção de saúde mental e psiquiatria.

As quatro competências enunciadas são bastante abrangentes, conferindo ao profissional desta área uma especificidade muito importante para o seu desempenho adequado e competente, pelo que se reveste de crucial importância que o enfermeiro desenvolva cada uma delas para atingir um nível de excelência nos seus cuidados. Será através deste perfil de competências que o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria poderá delimitar o seu campo específico de acção, diferenciando assim a sua intervenção dos outros profissionais de enfermagem e mesmo de outras áreas de intervenção com pessoas com problemas de saúde mental.

Este projecto, por se inserir no curso de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiatria (transitado entretanto para Mestrado), naturalmente, pretendia constituir-se uma “ferramenta” para o desenvolvimento e consolidação destas competências, tendo sido projectado, precisamente, para dar resposta a este desiderato.

A própria elaboração do projecto corresponde a dois dos critérios de avaliação (**F3.3.4. e F3.3.5.**) da competência **F3** (DR, 2ª série, nº 35, 18/02/2011, p. 8672), os quais referem que o enfermeiro: concebe, coordena e implementa, projectos de promoção da saúde mental de crianças e jovens, entre outros através de programas de promoção de aptidões parentais, aconselhamento pré-natal, estratégias de intervenção precoce, e através do sistema educativo e aconselhamento a pais, crianças e jovens (**F3.3.4.**); Planeia e desenvolve programas de treino de aptidões sociais e de desenvolvimento sócio-emocional, direccionados para áreas específicas que evitem a exposição e a exclusão social, nomeadamente em situações de comportamentos aditivos, violência doméstica, negligência e mau trato a crianças, jovens, idosos, sem abrigo e outras pessoas que vivam em situação desfavorecida, independentemente do contexto (**F3.3.5.**).

Mas foi, essencialmente, fundamentado na competência **F4**, referida no mesmo documento, a qual enuncia que o enfermeiro especialista:

“ presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do seu ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.”,

que se desenvolveu este projecto, visando o desenvolvimento dessa mesma competência, através de um trabalho de campo, isto é, ao interagir e intervir com crianças – e suas famílias - com perturbações disruptivas do comportamento.

Esta intervenção incidirá na implementação e utilização de técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que facilitem respostas adaptativas que permitam às crianças e jovens libertar tensões emocionais e recuperar a sua saúde mental, vivenciando, em grupo, experiências gratificantes (critérios de avaliação da unidade de competência F4.2., da publicação supracitada).

Estas técnicas passam essencialmente por desenvolver a qualidade da interacção interpessoal, fazendo da relação terapêutica a essência dos cuidados de enfermagem de saúde mental (DZIOPA, 2009), estabelecendo relações de confiança e parceria com as crianças e jovens, aumentando o seu *insight* sobre os problemas e a sua capacidade de

encontrar soluções ou respostas adequadas face a esses mesmos problemas (DR, 2ªsérie, nº35, 18/02/2011, p.8669).

A competência enunciada como **F1**, que remete para uma dimensão intrapessoal, condição *sine qua non* para o desenvolvimento de todas as outras competências, pois implica uma competência intro e retrospectiva, fundamental para todo o processo relacional, será abordada na Parte II, no capítulo dos resultados obtidos com este projecto.

É importante que se compreenda mais aprofundadamente quer os clientes deste projecto, quer os fundamentos teóricos que o suportam, de forma a enquadrar e a compreender a intervenção desenvolvida.



## Enquadramento conceptual

As técnicas psicoterapêuticas, ou, como preconiza a própria competência, “cuidados de âmbito psicoterapêutico”, não implicam, necessariamente, que o enfermeiro seja um psicoterapeuta, ancorado num modelo psicoterapêutico específico, mas sim que o profissional domine técnicas que promovam, neste caso, a expressão das emoções e a sua resignificação, ajudando à tomada de consciência e à mudança comportamental.

O ponto de partida para esta intervenção foi a criação de um clima de aceitação e compreensão, à luz das teorias humanistas, nomeadamente Chalifour (2008), com base no modelo da relação de ajuda de Rogers (2004). Não devemos entender estas premissas como técnicas terapêuticas, mas sim como uma atitude terapêutica, isto é, são condições de partida inerentes à pessoa do terapeuta, que facilitam todo o processo. Essas premissas são a congruência, a aceitação positiva incondicional e a compreensão empática (ROGERS, 1985, p. 63 e 64).

Guerra e Lima (2005), referem que estes princípios são imprescindíveis para que o cliente sinta confiança, que é compreendido e aceite, apesar de todos os seus problemas ou falhas, constituindo assim a base fundamental para a mudança.

Dziopa (2009), numa revisão da literatura, refere que a relação terapêutica, na enfermagem de saúde mental é composta pelos atributos da empatia, aceitação da individualidade, suporte, autenticidade ou genuinidade, olhar incondicional, respeito e congruência do terapeuta. Claro que isto implica um nível elevado de consciência de Si, para que esteja realmente envolvido numa relação Pessoa-a-Pessoa.

Rogers (2004) é um dos autores referência no que concerne aos pressupostos inerentes a este tipo de relação que se estabelece entre pelo menos duas pessoas, durante a qual o cuidador visa promover na pessoa cuidada, o desenvolvimento de potencialidades, a gestão dos seus recursos internos e externos, no sentido de um crescimento e desenvolvimento pessoal. Estabelecer uma relação interpessoal é percorrer juntos, cuidador/cuidado, um caminho de progressiva descoberta. O objectivo final é que a pessoa que tem um sofrimento mental integre o seu problema na sua experiência e atribua

um significado às suas vivências. Um percurso de mudança construtiva que permite um desenvolvimento pessoal gradual.

Na sequência daquilo que Rogers define como sendo a relação de ajuda, Peplau (1990), no seu modelo de enfermagem psicodinâmica, da escola da interacção, realça a importância do estabelecimento de uma relação interpessoal entre a enfermeira e o doente (visto como parceiro no processo de cuidados). Esta autora defende que o papel do enfermeiro consiste em colaborar com o cliente no sentido de procurar compreender o significado da doença para que a integre no contexto da sua experiência de vida, fomentando o desenvolvimento da personalidade e o crescimento dos indivíduos no sentido da maturidade. Isto é feito no contexto de uma relação interpessoal que se processa de forma faseada (orientação, identificação, exploração e resolução), onde se tentará ajudar o cliente a consciencializar os seus comportamentos, partir para uma análise dos mesmos, perante si e os outros, testar novos comportamentos, integrar estas aprendizagens num novo e mais satisfatório modo de agir, com capacidade de se adaptar em diferentes situações (PEPLAU, 1990, citado por LOPES, 2006, p.21).

Da análise destas definições de relação interpessoal ressalta uma perspectiva de intervenção centrada no outro. O objectivo da intervenção do enfermeiro consiste na pessoa que, no momento da interacção, tem um problema que de alguma forma a impede de crescer no seu desenvolvimento pessoal e apela à necessidade de ajuda por parte de outrem (PHANEUF, 2004). Esta perspectiva de abordagem centrada na pessoa contrapõe-se ao modelo biomédico de intervenção que coloca a sua ênfase na doença ou no diagnóstico, que pode esconder ou ofuscar a pessoa (GUEIBE, 2004; in HESBEEN, 2004). A aposta de intervenção deve incidir na pessoa, nas suas capacidades e potencialidades, na crença de que cada um possui em si as ferramentas necessárias à mudança.

Este encontro do enfermeiro com o *outro*, nunca é neutro de emoções e/ou sentimentos. Repleta de trocas, a relação influencia ambos os intervenientes e este encontro pode despertar no enfermeiro sentimentos, emoções e/ou pensamentos com impacto na sua esfera pessoal. A presença do outro pode colocar o cuidador perante as suas dificuldades e levá-lo a questionar-se sobre a sua aceitação pessoal (PHANEUF, 2004).

Analisar o impacto que o outro tem no enfermeiro é uma tarefa que se impõe para equacionar a qualidade da relação, reflectir sobre a representação que o comportamento do outro tem para o enfermeiro, sobre os significados atribuídos aos sentimentos que emergem na relação e sobre a imagem de si que o outro lhe devolve na interacção. Uma reflexão que deve ser incluída num processo de auto-análise e auto-conhecimento, que permita ao enfermeiro viver a experiência do outro sem no entanto confundir os sentimentos e percepções do outro com os seus. O enfermeiro deve procurar compreender a realidade do outro com consciência de que se trata de uma realidade diferente e distinta da sua. Este processo deve ser fruto da reflexão individual mas também de um processo de supervisão, como referido pelo Nursing and Midwifery Council (2004), citado por Silva (2010)<sup>2</sup>, pois é através deste que se permite o questionamento e o desenvolvimento das competências relacionais.

Chalifour (2008) reforça a pertinência do cuidador se (re) conhecer na presença do outro, de (re) conhecer as percepções (sensações, emoções, pensamentos e necessidades) que o outro desperta em si para assim poder ajudar efectivamente o outro a encontrar-se num processo de descoberta conjunta.

A unidade de competência F1.1., descrita no perfil de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria (DR, 2ª série, nº35, 18/02/2011, p. 8670), remete para esta necessidade, referindo que o enfermeiro especialista “ Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.”.

Neste trabalho com crianças e adolescentes com perturbações do comportamento, a intervenção central assenta de facto na interacção estabelecida entre o enfermeiro e o outro, sendo assim de particular importância estes contributos teóricos, mas, em especial a reflexão e a supervisão, para que o enfermeiro possa desenvolver as suas competências relacionais de carácter terapêutico (ALARCÃO e TAVARES, 1987).

---

<sup>2</sup> Unidade Curricular de Supervisão Clínica em Enfermagem (apontamentos). Professora: Silva, M. Helena R., Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010.

De acordo com Benner (2001) as competências traduzem um saber construído na prática, a partir da mobilização das capacidades pessoais do enfermeiro e dos seus saberes aplicados aos cuidados de enfermagem. Neste sentido, as competências relacionais traduzem aquilo que o enfermeiro necessita de mobilizar na prática com o intuito de *saber estar* em relação com a pessoa de quem cuida.

A mesma autora discrimina as “funções relacionais” do enfermeiro e a existência de todo um conjunto de competências que lhe permitem estabelecer uma relação interpessoal e transformá-la num processo terapêutico. O desenvolvimento destas competências passa pela experiência relacional e pelo auto-conhecimento, nos níveis de proficiente e perito (BENNER, 2001).

Enquanto saber construído a partir da prática, estas competências emergem de conceitos da teoria como a *empatia*, o *respeito*, a *autenticidade* ou a *congruência* e a *confrontação* mas que só na prática os enfermeiros percebem como se desenvolvem estas qualidades ou habilidades (competências) relacionais.

Outro aspecto fundamental é a visão do desenvolvimento infantil e quadro de referências interno daquele que é cuidado, neste caso, os pré-adolescentes. Mas, de acordo com o princípio humanista que norteou todo o projecto, a concepção ecológica é a que mais se coaduna.

Bronfenbrenner (2002), principal impulsionador do modelo ecológico do desenvolvimento, refere que a criança se desenvolve dentro de um sistema complexo de relações afectado por múltiplos níveis do ambiente, “ Assim, a capacidade de um ambiente - tal como o lar, a escola ou o local de trabalho - de funcionar efectivamente como um contexto para o desenvolvimento é vista como dependendo da existência e natureza das interconexões sociais entre os ambientes, incluindo a participação conjunta, a comunicação e a existência de informações em cada ambiente a respeito do outro”. Daqui resulta a necessidade de compreender e intervir de forma a poder influenciar todos estes ambientes, pois só assim se poderá alcançar mudanças significativas e sistémicas.

## Pré-adolescentes

É amplamente reconhecido que a passagem da infância para a adolescência causa muitos transtornos à criança, com mudanças biopsicosociais intensas e bruscas, constituindo, claramente, um período de crise, ou, na teoria de Meleis (2006, p.15), um momento de transição desenvolvimental, onde a probabilidade de ocorrência de problemas de saúde mental é maior do que em outros momentos de transição (só igual à transição de adulto para idoso). Ainda para a mesma autora, as transições são desencadeadas por eventos críticos e mudanças nos indivíduos ou ambientes. As mudanças dinâmicas que estão a acontecer, na estrutura da família e da comunidade, na sociedade ocidental, intensificam os efeitos das transições (MELEIS, 2006, p. 13).

Esta etapa implica também uma alteração dos papéis sociais, identificados por Erikson (1976), citado por Claes (1985), como uma das etapas do desenvolvimento psicossocial, Identidade vs Confusão de papéis, sublinhando assim o conflito emergente no adolescente quanto ao seu lugar no mundo (interno e externo).

Mas a etapa do desenvolvimento que se pretendeu trabalhar foi ainda prévia à adolescência, isto é, os pré-púberes (entre os 10 e os 12 anos), antes da maturação sexual.

Esta fase de transição é vivida pela criança com sentimentos muito ambíguos, como por exemplo entre a perda do corpo infantil e os ganhos de autonomia do adolescente, deixando-a mais vulnerável às influências do meio.

A duplicidade, amadurecimento do corpo vs psicológico, ou seja a maturidade sexual, aliada ao processo de construção da identidade pessoal e de emancipação da família, causa frequentemente instabilidade emocional (FRASQUILHO, M., 1996; ALMEIDA, A. N., 2000), é também um período que pode fazer emergir vulnerabilidades e fragilidades, conduzindo a vários problemas (ALMEIDA, A. N., 2000). No entanto a identificação e diferenciação entre o “normal” e o “patológico” é um desafio para os profissionais, devido aos “naturais” comportamentos estranhos dos adolescentes. Como consequência os jovens ficam expostos a um excesso de crítica, e são muitas vezes incompreendidos pelos seus pais, sendo fundamental neste período o acompanhamento, o diálogo e

compreensão dos pais, bem como o olhar atento dos profissionais de saúde, professores e outros adultos.

Um desses exemplos de indiferenciação são as alterações do comportamento, isto é, quando é que um determinado comportamento deixa de ser normal e adaptativo, para ser considerado patológico ou mal adaptativo? É uma fronteira de difícil clarificação, que exige dos técnicos de saúde mental envolvidos um cuidado particular na avaliação das respostas humanas aos fenómenos de saúde/doença (HILL, 2005, citado por RAVENS-SIEBERER, 2008).

Nos Estados Unidos da América, de acordo com dados da Academia Americana de Psiquiatria da Criança e do Adolescente, a prevalência de perturbações de conduta na população geral de crianças e adolescentes situava-se entre os 1.5% e os 3.4%, prevendo-se que destes, cerca de 40%, desenvolveriam uma Personalidade Anti-social, em adultos (STEINER & DUNNE, 1997, citados por BENAVENTE, 2001).

Existem numerosos factores na génese destas perturbações, várias investigações indicam que a prevalência é duas vezes mais elevada em níveis socioeconómicos baixos. No KIDSCREEN Study, Ravens-Sieberer (2008, p.155), cita um estudo de Masten & Reed (2002), para referir que os aspectos estruturais da família também podem ter um impacto na saúde mental das crianças e adolescentes, com uma prevalência mais elevada nas famílias incompletas, comparativamente com as completas. Padrões interactivos pobres também influenciam negativamente o bem-estar dos membros familiares. Outros aspectos que contribuem para aumentar o risco de problemas de saúde mental nas crianças e adolescentes são problemas de saúde física, presenciar violência doméstica ou ter um dos pais com doença mental (BMA BOARD OF SCIENCE, 2006, cit. por RAVENS-SIEBERER, 2008).

## Intervenção em grupo

A intervenção terapêutica com estas crianças e adolescentes, nos serviços de Psiquiatria da Infância e Adolescência representa um desafio para as equipas.

O primeiro passo é um diagnóstico clínico adequado, sendo necessário perceber a destriça entre normal e patológico, contextualizando os diversos factores que influenciam o bem-estar dessa mesma criança ou jovem. A fronteira entre os comportamentos considerados normais e os patológicos não é clara e, as diferenças culturais e sociais acentuam essa dificuldade (HILL, 2005, citado por RAVENS-SIEBERER e cols, 2008). Assim, a própria intervenção deve contemplar esta dimensão ecológica do indivíduo, delineando estratégias que visem mudanças a vários níveis (escola, família, pares, etc.), ao mesmo tempo que se intervém directamente com o próprio. A intervenção deve ser multimodal e multidisciplinar.

A abordagem psicofarmacológica é inespecífica neste tipo de perturbação, embora possa ter incidência sobre o controlo dos impulsos, permitindo assim uma maior disponibilidade para a mentalização, para o trabalho psico-emocional.

Assim, nestas, como em muitas outras problemáticas de saúde mental na infância e adolescência, são de extrema importância as abordagens psicoterápicas, dos mais diferentes modelos. A Organização Mundial de Saúde (2001) destaca a terapia do comportamento, a terapia cognitiva, a terapia interpessoal, as técnicas de relaxamento e as técnicas e terapias de apoio (aconselhamento).

O processo da terapia de grupo facilita a mudança nas áreas afectiva, cognitiva e comportamental. A inerente propensão para a socialização das crianças e adolescentes enfatiza os benefícios da terapia de grupo, assim, uma das claras vantagens é a própria relação estabelecida com os pares, no seio do grupo terapêutico. Kastner (1998), citado por Larmar (2006), refere que não se deve desconsiderar a intervenção individual, mas que a experiência de pertença a um grupo pode facilitar a reflexão acerca das dificuldades na relação interpessoal e mudanças necessárias a esse nível. Shechtman (2000), conclui, ao estudar a eficácia de um grupo terapêutico para crianças com agressividade, que existiram claros ganhos que podem ser atribuídos ao programa (comprovados na análise

dos *outcomes*). Refere ainda o mesmo autor que esta intervenção fornece uma experiência de aprendizagem experiencial que oferece oportunidade para uma libertação emocional, o desenvolvimento da auto-consciência e a mudança de competências sociais.

Na perspectiva de Yalom (2000), citado por Guerra e Lima (2005), a necessidade dos membros do grupo se relacionarem, num contexto contentor, facilita a catarse emocional, tanto mais quanto o nível de coesão entre os elementos, logo, possibilita a significação dos comportamentos, através das emoções que lhes estão subjacentes. A mesma ideia é referida por Guimon (2002), quando refere a necessidade de se compreender o que há debaixo do conteúdo aparente das interações, das tensões, reconhecendo aquilo que se diz ou não se diz, no sentido de compreender as relações interpessoais com o objectivo da modificação de um sofrimento psíquico. No fundo os factores centrais da terapia de grupo são a catarse e a aprendizagem interpessoal, tanto com adultos (YALOM, 1985 citado por SHECHTMAN, 2000), como em crianças (SHECHTMAN, BAR-EL e HADAR, 1997 citados por SHECHTMAN, 2000).

O grupo constitui-se como uma unidade social, onde, por um lado se podem reproduzir as interações disruptivas vivenciadas noutros contextos, mas aqui num ambiente contentor e transformador e, por outro lado, serve como local de aprendizagem interpessoal, como modelo a extrapolar para os restantes contextos. É neste contexto vivencial, com um terapeuta eficaz, que os seus membros mostram os comportamentos inadaptados, que vão sendo corrigidos no grupo. Como afirma Yalom (2000), citado por Guerra e Lima (2005), “a primeira etapa da aprendizagem interpessoal é exhibir a patologia”. O jovem usa o **acting out**<sup>3</sup> não somente para defender-se das angústias internas, como também para testar as novas relações.

O grupo é considerado como um espaço lúdico que promove simultaneamente o relacionamento interpessoal e a simulação da realidade, permitindo abordar e trabalhar temas importantes, garantindo segurança e respeito pela individualidade e singularidade de cada um, ideal para intervir com crianças e jovens.

---

<sup>3</sup> Nestes jovens observa-se uma ausência da conflitualidade intra-psíquica, expressando-se o conflito no exterior, num precário controlo sobre a impulsividade. Neste sentido, o agir, o acting out, o comportamento agressivo e/ou destrutivo, são a expressão sinalizadora de um conflito que não pode ter lugar no espaço intra-psíquico (GALAMBA de ALMEIDA e cols, 2005, in VIDIGAL e cols, 2005)



O terapeuta eficaz, como referem Guerra e Lima (2005), é aquele que consegue criar uma atmosfera de confiança, facilitando as relações interpessoais, reduzindo os obstáculos à comunicação e estimular a coesão.

Com o desenvolvimento do grupo, independentemente do modelo utilizado, surge a aliança terapêutica, os elementos descobrem que aquilo que realmente sente necessidade é de comunicar com os outros, de forma autêntica, e a saber transmitir e receber afecto. Assim, de acordo com a teoria de Maslow, o indivíduo tem a possibilidade de se sentir aceite e reconhecido no seu esforço para a mudança, reforçando a estima de si. Este é um conceito fundamental nas crianças e jovens com perturbação do comportamento, pois que esse mesmo comportamento disruptivo reforça negativamente a imagem externa, contribuindo para a constante punição e marginalização, numa personalidade já com uma baixa estima de Si.

Assim, o grupo projecta a reconstituição familiar primária, favorecendo a reconstituição das relações, quer com o casal de terapeutas (a maioria dos modelos propõe esta constituição), quer com os outros jovens do grupo, os quais se influenciam mutuamente ao longo das interacções, como refere Forsyth (GUERRA e LIMA, 2005). Nas dinâmicas de grupo emergem três tipos diferentes de forças, de acordo com Elizalde (1997), citado pelos mesmos autores. Forças interpessoais, intrapessoais e grupais, conferindo ao grupo um potencial terapêutico enorme, um espaço de partilha e vivência de sentimentos, emoções e pensamentos, numa dialéctica entre o individual e o grupal, influenciando-se mutuamente (GUERREIRO, E.; NABAIS, A., 2005 in VIDIGAL e cols, 2005).

## PARTE II

### Planeamento e implementação do projecto

Como já referido anteriormente, este projecto resulta de uma conjugação de factores, mas a opção pelo local onde decorreu a intervenção de grupo, deve-se a uma necessidade identificada pelo próprio Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência, o qual carecia de outras respostas terapêuticas, para além das existentes (intervensões individuais). Naturalmente que a intenção de trabalhar com crianças desta faixa etária se deve a razões pessoais, numa forte convicção de que é uma etapa crucial do desenvolvimento humano, onde a intervenção pode ter um impacto extraordinário.

Assim, de acordo com o plano de implementação do projecto, foi estabelecido contacto com a Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria de uma equipa de consulta externa do Departamento, no sentido de estruturar esta intervenção. A referida profissional foi também orientadora clínica deste percurso formativo.

No serviço de internamento, havia a necessidade de se desenvolverem intervenções de enfermagem no âmbito das competências do enfermeiro especialista, dada a equipa ser maioritariamente constituída por enfermeiros de cuidados gerais.

Ambos os contextos visavam a mesma finalidade e objectivos, diferindo no estadió dos clientes e actividades.

Esta é uma das equipas de consulta externa do DSMPIA, cuja faixa etária de atendimento se situa entre os 6 e os 12 anos. É uma equipa multidisciplinar, numa perspectiva de funcionamento transdisciplinar, onde a Enfermeira Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria, assume o papel de terapeuta de referência em várias situações, de acordo com o seu âmbito e experiência profissional, como perita na área (BENNER, 2001).

A intervenção terapêutica está organizada em torno do projecto de saúde/terapêutico de cada criança, com recurso a técnicas e intervenções psicoterapêuticas e psicossociais, à criança, família e comunidade.

A equipa mantém uma articulação com a comunidade, nomeadamente com alguns centros de saúde da área de influência, com algumas escolas de ensino básico e com a Comissão

de Protecção de Crianças e Jovens. Esta articulação efectiva-se através de reuniões periódicas e de contactos telefónicos (quando se justifique um contacto mais célere). Este é um aspecto bastante importante no trabalho nesta área, preconizado no PNSM (DR, 1ª série nº47- 06/03/2008, p.1402) como prioritário. Ademais, em crianças e adolescentes, para um trabalho efectivo, terá que se trabalhar com os diversos contextos e parceiros envolvidos, pois a intervenção não se pode limitar ao nível secundário dos cuidados de saúde diferenciados.

Numa primeira fase o projecto foi apresentado à equipa, realçando os objectivos e estrutura da intervenção e critérios de inclusão/exclusão de crianças para integrarem o grupo terapêutico (anexo I), tendo sido decidido que os jovens manteriam um acompanhamento individual com os seus terapeutas de referência, paralelamente à intervenção de grupo.

O grupo terapêutico previa-se de frequência semanal, com duração de 90 min., constituído por cerca de 8 crianças, tipo fechado e decorreria até final do ano lectivo (por razões terapêuticas e ético-deontológicas, no entanto o projecto, do ponto de vista académico, terminava em Fevereiro, com o término do período de estágio).

Após a selecção das crianças por parte dos terapeutas, foi efectuado o contacto no sentido de se agendar uma reunião inicial com cada criança e pais/educadores, quer para informar dos objectivos e funcionamento do grupo, quer para que fosse possível os pais/educadores darem o consentimento informado para a intervenção (Código Deontológico dos Enfermeiros, artº84, b), 1998).

De acordo com o cronograma esta etapa estava prevista para Setembro (anexo II), no entanto só foi possível fazê-lo em Outubro, devido a dificuldades na selecção por parte da equipa. Assim, foram seleccionadas 10 crianças, mas só 4 compareceram à entrevista inicial. Foi decidido iniciar o grupo com estas crianças, embora tenha sido solicitado à equipa a decisão a tomar, tendo sido seleccionadas mais duas crianças que também não compareceram.

Nome	Idade	Escolaridade	Família	Observações
BB	11 anos	6º ano	Vive com pais e	. Dislexia

♀			irmão 6 anos. Mãe com depressão (em tratamento)	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Enurese até aos 9 anos</li> <li>. Rivalidade fraterna</li> <li>. Baixa auto-estima</li> <li>. Problemas aceitação da imagem corporal (desenvolvimento estatoponderal acima da média)</li> </ul>
JPA ♂	10 anos	4º ano	Vive com pais e irmã de 13 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Imaturidade</li> <li>. Enurese primária até aos 9 anos</li> <li>. Dislexia</li> <li>. Baixa auto-estima</li> <li>. Rivalidade fraterna</li> <li>. Verborreia</li> <li>. Conflitos com os pares</li> <li>. Dificuldades aprendizagem</li> </ul>
LN ♀	11 anos	4º ano	Vive com pais e irmã 6 anos (conflitualidade conjugal)	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Imaturidade</li> <li>. Conflitos com os pares</li> <li>. Problemas aceitação da imagem corporal (baixa estatura)</li> <li>. Baixa auto-estima</li> <li>. Mentirosa compulsiva</li> </ul>
AC ♂	11 anos	5º ano	Mãe, avó, tio e irmão (mãe com doença bipolar, tio com esquizofrenia, pai com toxicod dependência)	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Conflitos com os pares</li> <li>. Rivalidade fraterna</li> <li>. Conflitos com os professores</li> <li>. Baixa auto-estima</li> <li>. Verborreia</li> <li>. Dificuldades aprendizagem</li> </ul>

**Quadro 1- Identificação e caracterização das crianças seleccionadas**

Estava previsto a utilização de algumas escalas de avaliação psicométrica, nomeadamente o CBCL (Child Behavior CheckList), na versão portuguesa com a designação de "Inventário de Competências Sociais e de Problemas de Comportamento em Crianças e Adolescentes" (ICCP) e o Questionário de Capacidades e de Dificuldades - SDQ-Por (Anexo III), mas o ICCP acabou por não ser utilizado por se revelar demasiado extenso o seu preenchimento, com acentuadas dificuldades na adesão ao seu uso pelos clientes.

O SDQ é um questionário, criado por Goodman em 1994, que pretende avaliar os comportamentos sociais adequados (capacidades) e não adequados (dificuldades) em crianças e adolescentes, na faixa etária entre 3 a 16 anos (SAUD & TONELOTTO, 2005).

Foi somente utilizado o SDQ-Par, versão para pais (não existiu concordância na equipa para a aplicação da escala para professores, pelo facto de as crianças não terem um único professor, o que tornaria os dados díspares).

#### DADOS RELATIVOS AO QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E DIFICULDADES

	N1	N2	N3	N4	Média
<b>Escala sintomas emocionais</b>	10	10	8	10	9.5
<b>Escala problemas conduta</b>	8	4	5	8	6.25
<b>Escala hiperactividade</b>	10	7	10	8	8.75
<b>Escala problemas relacionamento</b>	5	4	9	6	6
<b>Total das dificuldades</b>	33	28	32	32	31.25
<b>Escala comportamento pró-social</b>	8	8	10	4	7.5

**Tabela 1-** Resultados absolutos com casos válidos para SDQ-Par

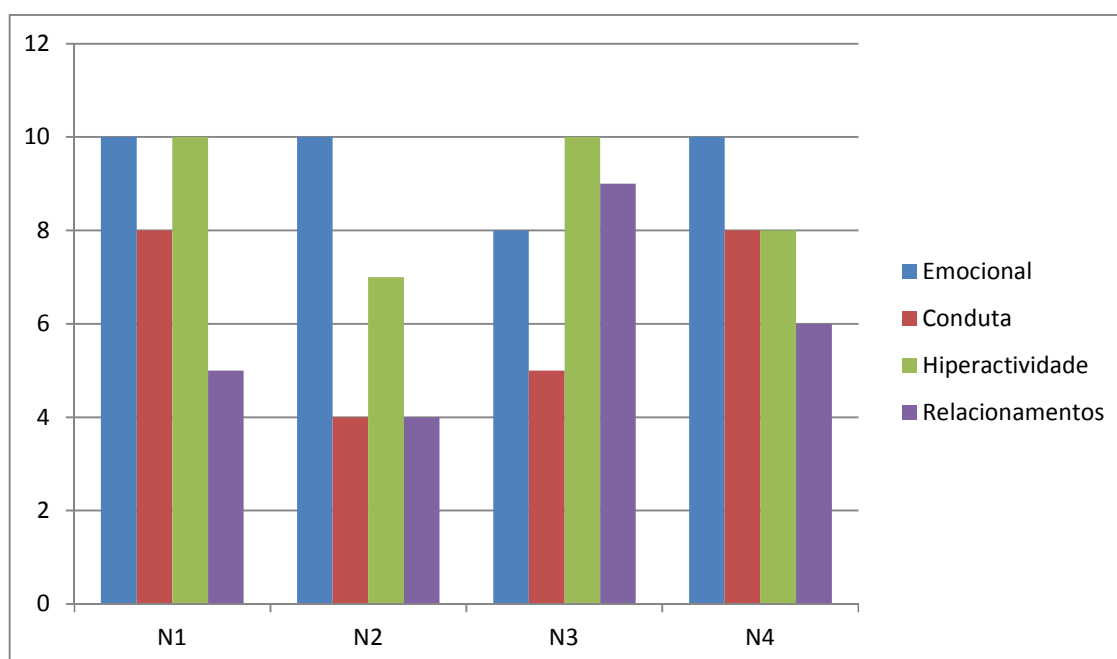
Podemos observar que todas as crianças seleccionadas apresentavam um total de dificuldades elevado [28 - 33], sendo a média das dificuldades de 31.25 (máximo 40), correspondente ao valor considerado “anormal”, isto é, apresentam dificuldades globais

superiores ao normal, correspondendo assim ao perfil de crianças com necessidade de intervenção terapêutica.

Este resultado era expectável, pois estas crianças já se encontravam em acompanhamento por apresentarem um quadro de alterações do comportamento. Só N2 é que tinha sido encaminhada para o serviço à cerca de 2 meses, não tendo ainda um diagnóstico clínico definido. Todas as outras crianças eram acompanhadas há mais de um ano na equipa, por acentuadas alterações do comportamento, com resultados escassos do ponto de vista da evolução terapêutica.

Percebe-se então que os resultados do SDQ-Por são convergentes com os critérios de selecção da equipa, confirmando assim a adequada inclusão destas crianças no grupo terapêutico.

**Tabela 2 – Perfil de dificuldades de cada criança do grupo segundo o SDQ-Por**



Ao nível das sub-escalas, constata-se que o valor médio mais elevado é na sub-escala de sintomas emocionais (9.5 para um máximo de 10), a qual remete para sinais e sintomas da linha depressiva e de ansiedade, compatíveis com o que é apontado na literatura para crianças com problemas de conduta (CLERGET, 2001, p.65).

Estas angústias, nesta fase do desenvolvimento infantil (pré-púberes), são difíceis de ser mentalizadas, tendo tendência a serem “evacuadas” através da acção, aquilo que se denomina por **acting-out** (VIDIGAL e cols, 2005, p.31).

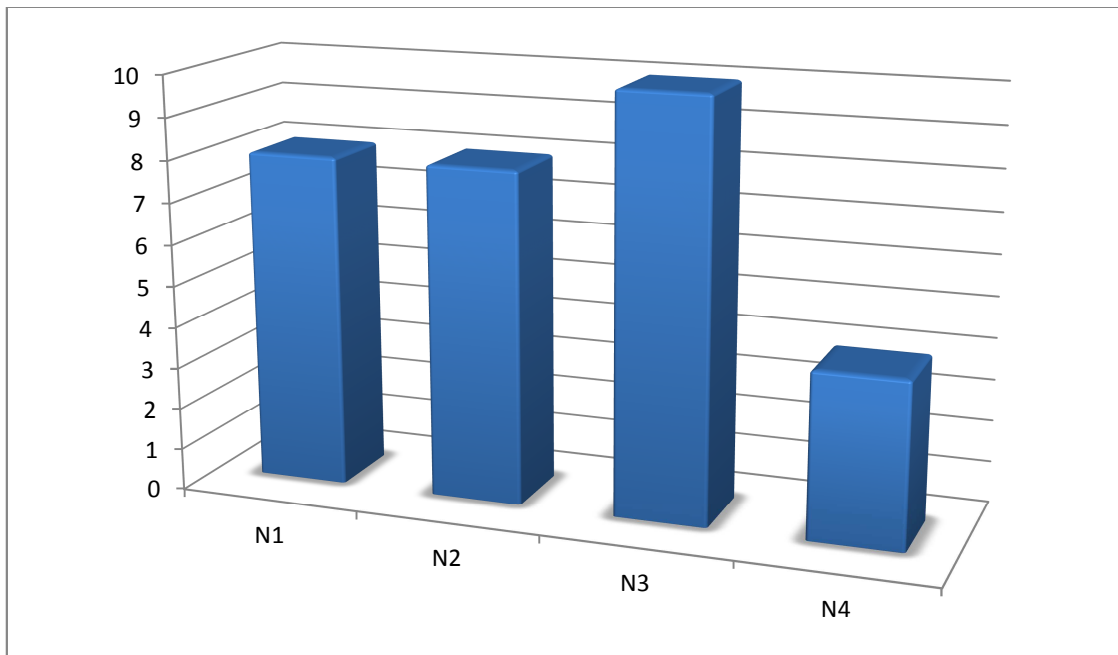
Também Salgueiro (1996), citado por Martins e Rosa (in VIDIGAL e cols, 2005, p.180), refere que os problemas emocionais se exprimiriam através de um comportamento motor, que denominou de “ Sintoma Psicomotor do desenvolvimento”, o qual seria o sinal de uma tentativa de adaptação da criança, surgindo muitas vezes sobre um fundo de depressão, segundo o mesmo autor.

Esta expressão das dificuldades emocionais em sintomas motores, que não são propriamente problemas disruptivos do comportamento, observa-se nos resultados da subescala de hiperactividade, sendo esta a segunda com mais elevado score (8.75 em 10 de máximo). Estes sintomas de hiperactividade são frequentemente interpretados como desordens da conduta, pois de facto, Olson (2002), citado por Martins e Rosa (in VIDIGAL e cols, 2005, p.184), refere que, as desordens da conduta, o insucesso escolar e os problemas de inter-relacionamento social, aparecem essencialmente associadas a Hiperactividade.

Estas crianças são indutoras de interacções negativas com os pares e induzem, através do seu comportamento, respostas mais directivas, num clima de frustrações e penalizações constantes, quer da parte dos pais, quer dos professores, com implícita retirada do investimento afectivo.

O sintoma visível, a perturbação do comportamento, não é tido como expressão de um sofrimento interno, mas, em cada contexto – família, escola e comunidade - são vistos, respectivamente, como – filhos desobedientes, alunos malcriados e vândalos (GALAMBA de ALMEIDA e cols in VIDIGAL e cols, 2005).

**Tabela 3 – Sociabilidade segundo a escala SDQ-Por**



Nas crianças seleccionadas, o resultado da subescala de sociabilidade (valor médio de 7.5 num máximo de 10), representa um factor protector de particular importância, pois realça as competências afectivas, requisito essencial para o investimento nas relações sócio-afectivas e para o processo de resiliência.

Este aspecto da sociabilidade, é a capacidade de cativar (de criar laços, na explicação da raposa ao príncipezinho de SAINT-EXUPÉRY, 2007), favorecedora de relações, eventualmente reparadoras ou, pelo menos, contentoras das angústias mais profundas, quando encontram alguém capaz de suportar e transformar a expressão motora, por vezes disruptiva, dessas mesmas angústias (CLERGET, 2001).



**Tabela 4 – Resultados do Suplemento de Impacto**

	N1	N2	N3	N4	TOTAIS
Dificuldades incomodam ou aborrecem a criança	1	2	2	0	5
Interferem no dia-a dia em casa	1	1	1	0	3
Interferem nas amizades	2	1	2	1	6
Interferem na aprendizagem escolar	1	2	1	0	4
Interferem nas actividades de lazer	0	0	0	0	0
<b>RESULTADOS</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	
	<b>Anormal</b>	<b>Anormal</b>	<b>Anormal</b>	<b>Limite</b>	

Esta parte do questionário é um complemento introduzido pelo autor para populações com perturbações, no sentido de perceber o impacto dessas dificuldades nas várias dimensões da criança/ jovem.

Nesta população, os pais, referem que as dificuldades interferem mais significativamente nas amizades, o que parece algo contraditório face aos resultados da subescala de sociabilidade, mas ainda assim, a análise que se pode fazer é que as dificuldades são em estabelecer relações recíprocas estáveis.

Outra dimensão com particular impacto é ao nível das aprendizagens escolares, o que é comprovado pelo insucesso escolar de todos eles e pelas informações obtidas através das escolas de cada uma das crianças e jovens.

De forma global as dificuldades parecem ter impacto em todas as esferas da criança, excepto nas actividades de lazer, em que nenhuma das crianças apresenta qualquer dificuldade. Mais uma vez este é um aspecto de relevante interesse como factor protector, permitindo à criança o acesso ao prazer, algo que lhe proporcione bem-estar, sendo um dado importante ao nível das estratégias de intervenção.

## Contexto de intervenção

Como já referido, o contexto escolhido foi uma equipa de consulta externa e o serviço de internamento de um Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria da Infância e Adolescência. A equipa de saúde da consulta é constituída por três pedopsiquiatras, duas psicólogas clínicas, uma assistente social, uma professora ensino especial e uma enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria (neste momento existiam ainda três internos de pedopsiquiatria e dois estagiários de psicologia).

O grupo alvo desta equipa são crianças e jovens entre os 6 e os 12 anos, de ambos os sexos, com problemáticas de saúde mental.

A zona de abrangência é bastante alargada, não tendo sido inquirido o número de habitantes e a delimitação real dessa mesma área de influência.

A equipa funciona num espaço físico próprio, de fácil acesso, com um horário de atendimento das 8 às 16 horas.

São realizadas diversas actividades para dar resposta às necessidades das crianças/famílias e comunidade, nomeadamente consultas de triagem, avaliações psicológicas, psicoterapias individuais e outras intervenções específicas na área psicossocial e educacional. Existem reuniões regulares de articulação com centros de saúde, escolas, comissões de protecção de crianças e jovens em risco, entre outras estruturas da comunidade com intervenção directa com as crianças e famílias.

A intervenção da enfermeira especialista acontece nas triagens, realizando uma entrevista de colheita de dados e de observação clínica através da avaliação do estado mental e da qualidade das interacções, nomeadamente criança-família-escola. Realiza ainda intervenções individuais de âmbito psicossocial e psicoterapêutico com crianças e jovens (o que se inscreve no perfil de competências específicas do enfermeiro especialista desta área de intervenção).

Naturalmente que existe também uma articulação com as restantes estruturas do departamento, sobretudo com a unidade de internamento, favorecendo a continuidade de cuidados, essencial para uma resposta terapêutica efectiva e eficaz.

### **Setting Terapêutico para a intervenção grupal**

Um dos pressupostos essenciais ao funcionamento das terapias de grupo é o **setting terapêutico**, pois a literatura refere a importância de este ser estável e adequado, no sentido de manter as mesmas condições de partida para o trabalho grupal.

A sala disponibilizada para este grupo é a sala de actividades multiusos, que dispõe de boa iluminação natural, espaço amplo, parede de espelho, climatização adequada, mas que no entanto continha muitos materiais didácticos (bolas, colchões, piscina bolas, etc.). Este aspecto constituiu um elemento de distractibilidade muito marcado, que não foi possível mudar, visto os materiais serem pesados e a sala ser usada por outros técnicos que necessitavam deles. Em crianças com predomínio do **acting out**, ter um ambiente demasiado estimulante, não favorece a estruturação do seu espaço psíquico, pois a sua atenção dispersa-se pelos vários materiais, aumentando a desorganização e inquietação cognitivo-comportamental. No entanto organizou-se a sala de forma a que estes interferissem o menos possível.

Os próprios técnicos fazem parte do *setting terapêutico*, sendo que, para esta intervenção em grupo, se preconiza um “ casal terapêutico”, o que, de acordo com Guimon (2002), permite a reconstituição do grupo familiar primário, facilitando processos de identificação e projecção das relações parentais.

O horário e frequência das sessões tinha sido acordado com as famílias, respeitando o quanto possível os horários escolares. Assim, ficou decidido **periodicidade semanal**, com **duração de 90 minutos/sessão** (terças às 14.30h), com interrupção nas pausas lectivas e feriados.

No início de cada sessão, os terapeutas, iam à sala de espera buscar as crianças (umas vinham sozinhas, outras com familiares). Na sala sentávamo-nos nos colchões, facilitando o reencontro do grupo e a expressão de vivências mais emergentes que a criança senti-se necessidade de partilhar logo inicialmente.

Nas sessões, as crianças podiam fazer uma variedade de actividades lúdico-expressivas (de acordo com os materiais disponíveis), mas, nas primeiras sessões, a capacidade de iniciativa e criatividade eram muito limitadas, sempre muito dependentes dos terapeutas

para estruturar alguma actividade. Como referem Vidigal e cols (2005), os terapeutas funcionam como organizadores e receptores das angústias e dificuldades expressas pelas crianças. Assim, perante estes movimentos catárticos, é importante que os terapeutas consigam ter uma função contentora (BOTAS, 2003).

Na primeira sessão procedeu-se à apresentação de cada elemento do grupo, incluindo os terapeutas. Foi também clarificado o quadro normativo do grupo, nomeadamente a confidencialidade, assiduidade, limites da relação e a plena liberdade de expressão emocional.

O grupo foi estimulado a criar alguns elementos promotores da identidade de grupo, nomeadamente nome e regras do mesmo, ideia defendida por Yalom (1995), citado por Guerra e Lima (2005). O processo de escolha do nome foi demorado, com apresentação de várias propostas por todos os elementos. Elegeram **“O Bando dos 4”**, ficando a ideia de o grupo poder vir a crescer, modificando somente o número associado ao nome.

Estes aspectos da dinâmica grupal inicial, promovem a interacção entre os membros, favorecendo a identidade de grupo, sentimentos de pertença e aumentam o grau de coesão entre os elementos. Yalom (1995), citado por Guerra e Lima (2005, p. 53), considera a coesão fundamental para se alcançarem resultados produtivos. As mesmas autoras referem que este fenómeno grupal pode emergir espontaneamente por afinidades existentes entre os seus membros (proximidade idade, características sociodemográficas, problemas vividos, etc.), ou ser estimulada através de actividades e técnicas.

Nas sessões seguintes assistiu-se a um certo “atropelamento” entre os jovens, numa tentativa de captar e monopolizar a atenção dos terapeutas, com diminuição do ritmo interaccional entre eles, privilegiando a troca com os adultos. Ainda Yalom (citado por GUIMON, 2002, p. 53), assinala que, frequentemente, nas sessões iniciais de grupo, acontecem movimentos de “orientação”, durante os quais os elementos tentam encontrar o seu lugar no grupo, inclusive pode surgir algum conflito entre eles, ou mesmo dirigido a um dos terapeutas, devido à frustração sentida por não ser o membro preferido deste (s). Estes movimentos foram claros em três dos elementos do grupo, com atitudes paradoxais de aproximação/sedução e afastamento/agressão na relação com os terapeutas. Provavelmente, atendendo à história de vida de cada um deles, estas crianças tinham,

pela primeira vez, experiências relacionais positivas com adultos (VIDIGAL e cols, 2005, p. 27).

Claro que o clima terapêutico proporcionado, ancorado na corrente humanista defendida por Jean Watson (1998), do cuidar transpessoal, de pessoa-a-pessoa e, assente nas premissas do modelo da relação de ajuda, isto é, empatia, genuinidade e aceitação incondicional positiva (ou calorosa), implica transacções afectivas, que vão de encontro às necessidades destas crianças (e de todos os seres humanos!) em ser amado, cuidado, na necessidade de consideração positiva e na necessidade de ser aceite, compreendido e valorizado (WATSON, 1998, p.69).

Assim, é compreensível que estas crianças, com uma fragilidade do *EU* tão acentuada, tenham muita dificuldade em estruturar a interacção e em gerir os afectos, até porque, de acordo com os resultados da escala SDQ-Por, os scores mais elevados são na subescala emocional, sendo aí que, na realidade, se situam as suas angústias mais profundas, as quais, num movimento interno de defesa do *Self*, são agidas, traduzindo-se em sintomas comportamentais disruptivos.

Assim, o agir, o ***acting-out***, conforme definido oportunamente, torna-se representante de um conflito que não pode ter lugar no interior do aparelho psíquico (GALAMBA de ALMEIDA e cols in VIDIGAL, 2005, p. 250).

Estes mecanismos de protecção da integridade do *EU*, com recurso inconsciente à não mentalização, são perfeitamente compreensíveis, em jovens com histórias de vida marcadas por repetidos traumatismos.

Como exemplo, um dos jovens do grupo, a mãe tem uma doença bipolar (com recorrentes descompensações e subsequentes internamentos) e, o pai nunca co-habitou regularmente com ele, sendo toxicodependente, com frequentes situações de violência (uma das últimas foi ter arrombado a porta da casa do jovem, forçando a entrada). Neste contexto do grupo, sentindo aceitação autêntica e confiança, conseguiu exprimir toda a sua angústia em relação aos progenitores, nomeadamente o pai, verbalizando a raiva e a incompreensão pela atitude parental “os pais não são para gostarem dos filhos?”.

Num exercício de catarse, este jovem foi estimulado a concretizar toda a sua raiva, sendo-lhe permitido esmurrar violentamente um colchão, para logo de seguida ser contido com um envolvente abraço, tranquilizando-o em relação à sua ambiguidade emocional naquele momento, entre a raiva e a culpabilidade por querer agredir o pai, devolvendo-lhe uma compreensão empática, com uma atitude de aceitação incondicional da sua experiência emocional e da sua angústia. A intervenção pretendia resignificar todo o comportamento do jovem, permitindo-lhe ter acesso ao que, realmente, está por trás da conduta explícita.

As sessões decorreram neste ambiente, numa atitude não directiva, demonstrando aceitação, permitindo que as actividades fossem propostas pelos jovens, embora quase sempre fosse necessário ajudar à estruturação das mesmas. Observou-se uma dicotomia entre as actividades propostas pelos rapazes e pelas raparigas, com os primeiros a optarem por actividades mais desorganizadas (lutar, atirar bolas, etc.) e as raparigas por jogos (bola ou faz-de-conta). Assim, era necessário moderar estas propostas para que se conseguisse optar.

As sessões tinham quatro momentos distintos. Inicialmente, como referido, sentados em U (mantendo o contacto visual entre todos os elementos), falava-se de situações/ problemas mais emergentes (resultados escolares, conflitos na escola, relacionamentos com colegas). Em seguida faziam as propostas do que se pretendia fazer na sessão. O terceiro momento consistia na dinamização dessa mesma actividade e o último numa reorganização grupal, onde se pretendia fazer alguma reflexão sobre as interações e uma certa tranquilização motora (em algumas sessões recorreu-se a exercícios de relaxamento). Durante todo o processo grupal o foco sempre foi aumentar a consciência das crianças acerca do efeito dos seus comportamentos sobre os outros, para melhorar as competências sociais, interpessoais e de resolução de problemas em casa e na escola (HEMPHILL e LITTLEFIELD, 2001).

Pode-se ainda dizer que existia um quinto momento, mas já fora da sessão propriamente dita. Após cada sessão foi efectuada uma reunião de avaliação pós-grupo entre os dois terapeutas envolvidos. Esta revelou-se fundamental para a reflexão acerca dos movimentos individuais e grupais das crianças participantes do grupo, mas, para além

disso, constituiu um momento particularmente importante de supervisão do enfermeiro em formação.

De acordo com o estipulado no projecto, após 8 sessões, foi realizada uma reunião com os pais, no sentido de dar feedback da evolução do grupo e também de perceber a evolução individual de cada um. Compareceram os pais de BB, a mãe de JPA e a avó materna de AC. De LN não compareceu qualquer familiar.

Tal como refere Vidigal e cols (2005, p.319), a queixa era a formulação mais frequente no discurso deste grupo de pais e avó. Queixavam-se de tudo um pouco, dos filhos, dos netos, dos professores, da vida. Em relação aos jovens, os sentimentos expressos revelavam grande frustração face à ineficácia dos seus movimentos educacionais e correctivos dos comportamentos disruptivos dos filhos/ neto. Essas atitudes, por norma, eram castigos e punições. Verbalizaram também muita dificuldade de relação com os professores e escola, criticando e culpabilizando estes pelas dificuldades de aprendizagem e mesmo pelos problemas relacionais.

A mãe de BB encontrava-se bastante deprimida e ia ser despedida em breve. Estava com dificuldade em partilhar isto com a sua filha, receando o aumento das angústias por parte desta. Percebeu-se claramente um conflito conjugal, com percepções de parentalidade muito distintas, culpando-se mutuamente pelas problemáticas de BB. No espaço desta reunião de pais foi difícil gerir este conflito, remetendo este para um outro espaço (foi disponibilizada intervenção por terapeuta familiar, mas que não aceitaram). A mãe de JPA, com um discurso muito pobre, só interveio quando solicitada, manifestando queixas acerca do comportamento disruptivo do filho e caracterizando o marido como um homem frágil, incapaz de impor limites ao filho. A avó de AC manifestou-se exausta com toda a sobrecarga familiar (filha com doença bipolar, irmão com aparente perturbação psicótica, neto com comportamento disruptivo).

A pedido da coordenadora da equipa, integrado no plano de formação da mesma, foi apresentado um relatório do projecto em reunião clínica, com o intuito de perceber e discutir como este se estava a operacionalizar. Esta discussão foi bastante proveitosa, pois vários dos elementos da equipa já desenvolveram intervenções semelhantes,



contribuindo assim com o seu *know how* para algumas reflexões realizadas em relação ao desenvolvimento do projecto.

Foram realizadas duas reuniões de articulação com um dos centros de saúde de referência de duas das crianças, discutindo estratégias de intervenção quer no âmbito da intervenção escolar (esteve presente a enfermeira do programa de saúde escolar), quer no trabalho directo com os educadores destas crianças. De alguma forma, como preconizado no projecto, procurou-se desenvolver respostas integradas nos vários contextos, estimulando a rede de suporte real e potencial.

Fortalecer estes recursos é um objectivo chave, quer para a prevenção quer para a intervenção (RAVENS-SIEBERER e cols, 2008), daí ser de particular importância estabelecer parcerias com todos os intervenientes no desenvolvimento da criança (pais, família, escola, centro de saúde, etc.), numa perspectiva sistémica.

## Resultados obtidos

Do ponto de vista subjectivo pode-se dizer que esta intervenção foi bastante gratificante para os jovens envolvidos, quer pelas suas apreciações, quer pela satisfação que demonstraram durante o trabalho de grupo. Ao encontrarem um espaço neutro, onde se sentem livres e aceites em todas as suas características, por adultos interessados e empáticos, os jovens estabelecem (alguns pela primeira vez), experiências relacionais positivas (VIDIGAL e cols, 2005, p.27).

Foi esse mesmo feedback passado pelo grupo que regulou a intervenção, implicando reformulações que fossem de encontro às necessidades sentidas pelos jovens.

Estes jovens necessitam de alguém que contenha as suas angústias e lhes devolva o prazer e uma imagem gratificante de si próprios. Para isso é preciso criar um espaço relacional facilitador e reorganizador, onde todas as transições possam acontecer de forma mais natural, nomeadamente esta transição desenvolvimental (infância-adolescência), como refere Meleis (2006). Ao mesmo tempo, neste espaço, existe a possibilidade de trabalhar sobre as problemáticas emergentes da transição situacional vivenciada no contexto familiar.

Assim, pode-se dizer que o grande objectivo deste projecto foi atingido, visto que se conseguiu criar um espaço onde estes jovens puderam ir dando significado aos seus comportamentos, onde a projecção e o agir vão progressivamente dando lugar a uma maior capacidade de simbolização e pensamento (GUERREIRO, E.; NABAIS, A. in VIDIGAL e cols, 2005).

O ambiente terapêutico, sendo facilitador de determinadas mudanças e do crescimento pessoal, permite a abertura para uma consciência diferente e para outras sensibilidades. As elaborações no seio do grupo permitem a experiência emocional correctiva, devolvendo uma nova significação à existência de cada jovem, que passa por ser capaz de equacionar um futuro com outras expectativas (BOTAS, 2003).

Estes aspectos foram claramente conseguidos, muito através da relação de confiança desenvolvida entre os jovens e o casal de terapeutas. No início da intervenção percebia-se uma maior inquietação e exteriorização dos conflitos pela acção, mas, progressivamente,

foi existindo maior capacidade de exprimir por palavras todas as angústias que os inquietavam. Nem sempre foi fácil para os terapeutas lidarem com todo este sofrimento mental expresso pelos jovens, muitas vezes acompanhados de emoções muito intensas. Neste aspecto foi particularmente importante a reunião pós-grupo entre os terapeutas, permitindo a partilha e reflexão de todas estas vivências.

Foram muitas as manifestações de satisfação e os momentos de prazer vividos durante as sessões, onde o lúdico, o brincar, facilitaram estas experiências de bem-estar e de autenticidade, as quais proporcionam uma aproximação entre os elementos do grupo, sobretudo na direcção dos terapeutas, os quais emergem como figuras nutritivas e gratificantes, provavelmente muito diferentes de todos os adultos com os quais se relacionam (pais e professores).

No entanto esta relação de confiança foi conseguida sobretudo com um dos jovens, o qual foi mais assíduo às sessões. Os outros três foram muito irregulares, impedindo a constância necessária ao estabelecimento dessa mesma relação de confiança mais securizante.

Esta descontinuidade dos elementos prejudicou a evolução do grupo, nomeadamente os níveis de coesão e impediu mesmo a “sobrevivência” da intervenção, levando que ao fim de 12 sessões se extinguisse a intervenção grupal, passando os jovens para uma intervenção individual (mantendo-se este registo de pouca assiduidade).

Esta descontinuidade da assiduidade, sem dúvida que entrou parte do processo terapêutico, particularmente um dos factores terapêuticos mencionados no modelo interaccional de Yalom (2000), citado por Guerra e Lima (2005, p.98), o da coesão do grupo (anexo IV). Neste grupo de jovens, um dos objectivos da intervenção terapêutica centrava-se nas dinâmicas interaccionais, quer entre os jovens, quer com os terapeutas, no sentido de modificar estratégias relacionais mal adaptativas, pelo que este trabalho foi difícil de efectuar, mantendo-se sempre num funcionamento muito inicial, dificultando ainda o processo de catarse, pois de acordo com o mesmo modelo, esse processo será tão mais intenso, quanto maior for a coesão do grupo, isto é, é necessária plena confiança entre os membros para se conseguir exprimir livre e profundamente todas as inquietações e angústias.

Apesar disso, este factor foi dos mais presentes, pois a necessidade de externalizar os conflitos estão sempre presentes nestes jovens, tais são as suas problemáticas. Este aspecto é congruente com os resultados do estudo de Shechtman (2000), o qual identificou que os factores terapêuticos que mais afectam a mudança são a catarse (em 53% da amostra), seguido dos factores de aprendizagem interpessoal (38%) e das competências sociais (26%).

Um dos claros ganhos para vários elementos do grupo foi a possibilidade de reviver a experiência do grupo primário, a família, através do casal terapêutico. Existiu aqui a possibilidade de corrigir a disfunção de alguns papéis parentais. LN fez um desenho em que coloca as figuras dos terapeutas lado-a-lado e a ela própria ao centro, numa evidente alusão à relação parental (interpretações psicanalíticas à margem), onde ela é completamente desinvestida, em detrimento da irmã. AC manifesta uma constante procura física da terapeuta mulher, de forma algo infantil, sendo frequentemente tocado por esta, numa atitude apaziguadora (mas não maternalista, evitando projecções), enquanto, inicialmente, provocava a figura masculina, tendo assim oportunidade para reconfigurar esta relação, para um modelo relacional mais afectivo. Neste jovem começou a emergir também um outro factor enunciado por Yalom, o da modelagem, isto é, AC começou a identificar-se com o terapeuta masculino, numa procura de afirmação e de definição de limites.

Daqui emerge que as qualidades do terapeuta são fundamentais para o sucesso da intervenção, sobretudo a percepção que o cliente tem do terapeuta e a relação que se estabelece entre ambos (GUIMÓN, 2002). Strupp (1974), citado pelo mesmo autor, refere que o “terapeuta tem uma função extremamente importante para o sucesso de uma terapia, independentemente do modelo teórico utilizado: a de fornecer um espaço próprio para que o cliente deposite as suas preocupações, os seus desejos e angústias.”.

Também Elizalde (1997), citado por Guerra e Lima (2005, p.50), refere que “ sem dúvida que o melhor instrumento que um facilitador de dinâmica de grupos tem na sua mão é a sua personalidade e a sua própria conduta.”.

Assim, um dos resultados obtidos com esta intervenção, para além dos já citados ao nível dos jovens (cerne do projecto), foi ao nível do processo de desenvolvimento pessoal e

profissional do enfermeiro em formação (competência F1 das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental). Para tal contribuiu a enfermeira especialista orientadora clínica, quer através de um processo de modelagem, pois esta tinha uma intervenção directa com os jovens do grupo, quer, sobretudo, através da supervisão clínica realizada ao longo de todo o percurso.

Esta prática coaduna-se, inclusive, com o Modelo de Desenvolvimento Profissional que está em construção pela Ordem dos Enfermeiros, o qual prevê a prática tutelada, semelhante à que ocorreu durante o desenvolvimento deste projecto, em que existe um supervisor e um supervisionado (OE, 2010). Neste documento define-se supervisão como “um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a protecção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica.” (OE, 2010, p.5). Este foi sem dúvida um resultado atingido neste estágio, através das reuniões pós-grupo efectuadas com a enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria, constituindo-se num momento de supervisão da prática clínica.

Quanto às técnicas, elas devem ser usadas em função das necessidades do grupo, sendo possível modificá-las de acordo com a dinâmica e objectivos, sem uma preocupação exagerada quanto ao seu uso, pois a atitude do terapeuta é, já o dissemos, mais importante que a técnica.

Apesar desta ideia central da pessoa do terapeuta, importa salientar a ancoragem teórica que suportou esta intervenção. Esta não tem por base um modelo ou teoria específicas, mas sim a corrente humanista de diversos autores, quer de Jean Watson (remetendo mais para o desenvolvimento pessoal), quer de Jacques Chalifour (pressupostos da intervenção centrada na pessoa, na linha Rogeriana), sustentados na compreensão teórica das transições de Meleis.

“ O método deve ser tal, que a humanidade da relação entre dois seres não seja diminuída ou perdida.” (WATSON, 1998, p.16).

## QUESTÕES ÉTICAS

Este projecto surge no âmbito do 1º mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Unidade Curricular (UC) de Opção II, tendo sido objecto de acompanhamento pelo professor orientador da escola, pelo que todo o seu teor e intenção foram conhecidos e avalizados por este, estando em consonância com os objectivos e pressupostos da UC.

O estágio foi solicitado à instituição pelas vias formais, tendo sido diferido pelo Sr. Enfermeiro Chefe do Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria da Infância e Adolescência, com o conhecimento do director clínico do mesmo.

Como já referido, o projecto foi apresentado em reunião de equipa, onde estava a coordenadora da mesma, que concordou com a sua operacionalização.

A participação dos jovens e família no projecto do grupo terapêutico respeitou o princípio da autonomia, tendo sido informados e esclarecidos acerca dos objectivos e condições do mesmo, obtendo-se autorização dos tutores legais para a intervenção.

Dentro do grupo foi claramente garantida a confidencialidade e esta foi salvaguardada neste mesmo relatório, não apresentando ou identificando os participantes do projecto, mantendo assim o seu anonimato.

A escala SDQ-Port foi preenchida individualmente por um dos familiares, após breve explicação dos objectivos da mesma, sendo disponibilizada a consulta dos resultados se a pessoa o solicitasse. Foi dado um feedback a cada familiar acerca dos resultados da escala.

## LIMITAÇÕES AO PROJECTO

A operacionalização deste projecto sofreu vários constrangimentos, os quais constituíram entraves para atingir plenamente os objectivos propostos para esta intervenção, apesar disso, considera-se que estes foram alcançados.

As limitações foram de diversa ordem: dos participantes, físicas e de planeamento.

O aspecto que maior constrangimento provocou a este projecto foi, sem dúvida, a adesão terapêutica dos participantes, já mencionada no capítulo dos resultados como **Drop Out**.

Naturalmente que este factor, o *Drop out*, enviesou o projecto, pois não foi possível cumprir algumas etapas estipuladas, nomeadamente a reavaliação psicométrica através da escala SDQ-Port, novas reuniões com os pais/família/escola, o que impede que neste relatório possamos ser mais objectivos quanto aos outcomes (ganhos em saúde) dos participantes.

Este aspecto foi alvo de reflexão pelo casal de terapeutas, já que foi um óbice ao desenvolvimento do projecto e consecução dos objectivos delineados, sendo algo que não estava previsto de forma tão marcada.

A literatura aponta que em grupos de crianças e adolescentes o **drop out** é elevado e depende de vários factores (KAZDIN, 1997 citado por TOPHAM, G.; WAMPLER, K., 2008).

As variáveis demográficas foram as que receberam maior atenção nos estudos efectuados por diversos autores, citados neste estudo de Topham e Wampler (2008, p.62), nomeadamente baixo nível socioeconómico, monoparentalidade, pais de minorias étnicas e pais adolescentes, são os factores identificados como mais predisponentes para o *drop out*.

Deakin e Nunes (2009) organizaram esses factores da seguinte forma:

- a) Percepção por parte da criança e/ou família de que o tratamento não é relevante;
- b) Uma aliança terapêutica frágil com a criança e família no início do tratamento;
- c) Desvantagem socioeconómica;

d) Alto nível de stress e disfunção na família, entre outros.

Também é referido que o mais elevado índice de abandono do tratamento acontece em crianças com perturbações do comportamento, as quais têm maior dificuldade em estabelecer vínculo. No caso dos jovens deste grupo todos os factores enunciados parecem estar, mais ou menos presentes, excepto o factor **a)**, pois esta intervenção foi muito bem aceite pelas crianças e famílias, com elevada expectativa na sua eficácia. Claramente a história de vida destas crianças e famílias remete-nos para várias problemáticas, quer seja dificuldades socioeconómicas (três delas a receber rendimento de reinserção social e uma fundo de desemprego), quer a elevada conflitualidade intra-familiar. Um dos aspectos mais significativos terá sido a fragilidade da aliança terapêutica com a família, facto que levou ao pouco empenho destes na assiduidade dos seus educandos.

Quanto às limitações físicas reportamo-nos ao espaço onde decorriam as sessões. Este foi descrito oportunamente como uma sala com demasiados estímulos para a população alvo desta intervenção, não sendo possível a remoção destes, nem existindo outra sala alternativa. Perante estes condicionalismos, foi decidido avançar, mas no decorrer das sessões percebeu-se a dificuldade em gerir o espaço com as actividades e com o comportamento dos jovens, levando, em algumas situações pontuais, a intervenções mais directivas dos terapeutas (o que desvirtuava a orientação terapêutica proposta).

Por último, ao nível do planeamento, não do projecto em si mesmo, mas da sua operacionalização. A estratégia de envolvimento da equipa da consulta externa não foi bem conseguida, daí resultando pouco empenho na selecção dos jovens para o grupo e algum distanciamento em relação ao projecto. Também poderia ter existido uma reformulação atempada da intervenção, constituindo um novo grupo, mas isso seria defraudar eticamente princípios orientadores da prática profissional, sobretudo com jovens que já sofreram vários abandonos ao longo da sua (curta mas intensa) vida.



## CONCLUSÃO

O projecto desenvolvido deu resposta aos diferentes desideratos a que estava proposto, desde logo ao desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, conforme preconizado no documento elaborado pela Ordem dos Enfermeiros (DR, 2ª série nº 35 -18/02/2011).

Ainda assim, o desenvolvimento deste perfil de competências, não se circunscreve a este projecto, sendo um processo mais complexo e contínuo, que acompanha o enfermeiro em todo o seu percurso profissional, num trajecto de permanente procura da perícia e excelência dos cuidados, tal como enuncia Benner (2001). Esta mesma autora refere ainda que a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria e que é este “diálogo”, entre teoria e prática, que facilita o desenvolvimento e transformação de competências.

Assim, o projecto, enquanto experiência prática, permitiu este “diálogo”, quer numa atitude clínico-reflexiva, quer através da supervisão clínica dos orientadores, fundamentos que Alarcão e Rua (2009) consideram essenciais no modelo ecológico de desenvolvimento profissional.

A finalidade e objectivos propostos foram atingidas, apesar dos constrangimentos enunciados, sendo possível proporcionar a estes jovens marcados pelo sofrimento, um espaço contendor e de transformação, facilitador da expressão e elaboração de conflitos intrapsíquicos, que obstaculizem o seu desenvolvimento harmonioso (VIDIGAL e cols, 2005).

O sofrimento mental agido destes jovens (*o acting out*), sendo uma problemática frequente, segundo a literatura, é potenciado pela transição desenvolvimental vivida (da infância para a adolescência), dificultando a mudança de papéis inerente a esta fase de desenvolvimento (MELEIS, 2006).

Como resposta terapêutica para esta problemática identificada, foi criado e dinamizado um grupo terapêutico com jovens de ambos os sexos, entre os 10 e 12 anos.

Neste espaço grupal, os jovens, puderam vivenciar experiências emocionais gratificantes e correctivas, através de intervenções de âmbito sócio e psicoterapêutico, contribuindo para uma nova significação da existência de cada um deles (BOTAS, 2003).

Foi claramente percebido pelos terapeutas os ganhos a vários níveis dos jovens envolvidos no projecto, sobretudo ao nível da relação interpessoal e da capacidade de elaboração e resolução de conflitos.

A dificuldade que maior constrangimento causou a este projecto foi o *Drop Out*, que conduziu mesmo ao término prematuro do grupo terapêutico, impedindo ganhos mais efectivos e mensuráveis.

Seria necessário ter em consideração determinadas variáveis que não foram devidamente controladas, nomeadamente a proximidade ao local de realização do grupo, condições socioeconómicas da família e patologia mental desta.

As intervenções foram ancoradas nos pressupostos existenciais-humanistas, do cuidado humano (*Human Care*), no ideal moral de Watson (1998), em que a relação interpessoal é o fulcro da intervenção. As técnicas de intervenção terapêutica, num perito de enfermagem com elevada consciência de Si, especialista na área de saúde mental e psiquiatria, devem passar a ser uma atitude (não meras técnicas), que embeba toda a sua praxis.

Dziopa (2009), numa revisão da literatura, resume esses atributos: empatia, aceitação, genuinidade, olhar incondicional positivo, respeito, congruência e um nível elevado de consciência de si. Enfatiza-se que para atingir esta condição é indispensável, como já referido, uma prática reflexiva, concomitantemente com supervisão clínica, porque é a pessoa do enfermeiro que necessita de desenvolver o processo de autoconhecimento, ou, como refere Lietaer citado por Bozarth (1998), “ Quanto mais eu me aceito a mim próprio e sou capaz de estar presente e à vontade com tudo o que dentro de mim se agita, sem receios ou atitudes defensivas, tanto mais consigo estar receptivo a tudo que vive dentro do meu cliente.”

Sem dúvida que esta é a “pedra angular” e o caminho para o desenvolvimento do enfermeiro e da própria ciência do cuidar, a enfermagem!

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALARCÃO, I.; RUA, M. – **Interdisciplinaridade, práticas clínicas e desenvolvimento de competências**. In: **Revista texto e contexto-enfermagem**. Florianópolis, Brasil. 2009.

ALARCÃO, I.; TAVARES, J. - **Supervisão da prática pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem**. Coimbra: Almedina. 1987.

ALMEIDA, Ana Nunes - **Olhares sobre a infância: pistas para a mudança**. in: **Actas do Congresso Internacional: Os Mundos sociais e culturais da infância – II Volume**, Braga, UM, IEC, 2000.

BENAVENTE, Renata – **Perturbação do comportamento na infância: diagnóstico, etiologia, tratamento e propostas de investigação futura**. In: **Análise Psicológica**. Lisboa. 2001, p. 321-329.

BENNER, Patricia – **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001, 294p. ISBN 972-8535-97-X.

BOTAS, José L. – **A terapia de grupo em contexto de centro educativo**. In: **Revista da infância e juventude**. Lisboa. Outubro a Dezembro de 2003, nº4, p. 47-59.

BOZARTH, J. - **Terapia Centrada na Pessoa: Um paradigma revolucionário**. Lisboa, Edual, 2001.

CHALIFOUR, Jacques – **A Intervenção Terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda**. Loures: Lusodidacta, 2008, volume 1, 293p. ISBN 978-989-8075-05-5.

CLAES, M. – **Os problemas da adolescência**. Lisboa: Verbo Editora. 1985.

CLERGET, Stéphane – **Não estejas triste meu filho. Compreender e tratar a depressão durante os primeiros anos de vida**. Porto: Biblioteca dos pais, AMBAR, 2001.

COMISSÃO NACIONAL PARA A REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL - **Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016**. Lisboa: Ministério da Saúde, Diário da República, 1.<sup>a</sup> série — N.º 47 — 6 de Março de 2008.

DEAKIN, ELISABETH K.; NUNES, MARIA L. T. – **Abandono de psicoterapia com crianças**. In: **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. Brasil: 31(3), p. 145-151, 2009.

DZIOPA, F.; AHERN, K. – **Three different ways mental health nurses develop quality therapeutic relationships**. In: **Issues in mental health nursing**. USA. 30: 14-22, 2009. ISBN 0161-2840

FRASQUILHO, M. A. - **Comportamento problema em adolescentes: Factores protectores e educação para a saúde**. Lisboa: Laborterapia. 1996.

GALAMBA DE ALMEIDA, J.; [ET AL] – **Grupos psicoterapêuticos de adolescentes com perturbações do comportamento**. In: VIDIGAL, M. J. e cols. – **Intervenção terapêutica em grupos de crianças e adolescentes. Aprender a pensar**. Trilhos editores. Lisboa, (2005). ISBN 972-99110-1-0

GOODMAN, R., MELTZER, H, & BAILEY, V. - **The strengths and difficulties questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version**. In: **European Child & Adolescent Psychiatry**. 1998, 7, 125-130.

GUEIBE, Raymond – **O sofrimento: uma história na vida de quem cuida**. In: HESBEEN, Walter – **Cuidar neste mundo: contribuir para um Universo mais cuidador**. Loures: Lusociência, 2004, ISBN 972-8383-71-1. 71-86p.

GUERRA, M. P.; LIMA, L. – **Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde**. Climepsi editores 1ª ed. Lisboa, (2005). ISBN 972-796-161-4

GUERREIRO, E.; NABAIS, A. – **A intervenção psicoterapêutica de grupo com crianças no período de latência**. In: VIDIGAL, M. J. e cols. – **Intervenção terapêutica em grupos de crianças e adolescentes. Aprender a pensar**. Trilhos editores. Lisboa, (2005). ISBN 972-99110-1-0

GUIMON, J. – **Introdução às terapias de grupo**. Climepsi Editores, 1ªed. Lisboa, (2002). ISBN 972-796-055-3

HEMPHILL, S.; LITTLEFIELD, L. – **Evaluation of a short-term group therapy program for children with behavior problems and their parents.** In: **Behavior Research and Therapy.** Australia. 39 (2001). 823-841

KUTCHER, S. - **Mental Health Promotion in Schools: Opportunities and Challenges.** In: **Health Promoting Schools.** 2009. p.55.

LARMAR, S. - **The use of group therapy as a means of facilitating cognitive-behavioral instruction for a adolescents with disruptive behavior.** In: **Australian journal of guidance and counseling.** Australia. Volume 16 number 2 (2006). 233-248

LOPES, Manuel José – **A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica.** Coimbra: Formasau, 2006. ISBN 972-8485-6-X.

MARQUES, C. - **A saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários – avaliação e referenciação.** In: **Revista Portuguesa de Clínica Geral.** Lisboa, (2009). 25:569-75

MARTINS, R.; ROSA, R. – **Crianças Hiperactivas com Défice de Atenção (PHDA).** In: VIDIGAL, M. J. e cols. – **Intervenção terapêutica em grupos de crianças e adolescentes. Aprender a pensar.** Trilhos editores. Lisboa, (2005). ISBN 972-99110-1-0

MELEIS, Afaf Ibrahim - **Theorical nursing. Development and progress.** Philadelphia: Lippincott, 2006.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Código Deontológico dos Enfermeiros.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 1998.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Modelo de Desenvolvimento Profissional. Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem. Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - **Relatório Mundial da Saúde 2001 – Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança.** Lisboa: Ministério da Saúde, DGS, 1ª Ed., 2002. ISBN: 972-675-082-2

PHANEUF, Margot – **Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação**. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-84-3.

RAVENS-SIEBERER, U.; [et al] and the European KIDSREEN group – **Mental health of children and adolescents in 12 European countries- results from the European KIDSCREEN study**. In: **Clinical Psychology and Psychotherapy**. Germany. 15, 154-163 (2008).

ROGERS, C. - **Terapia Centrada no Cliente**. Lisboa: Edual, 2004.

ROGERS, C. – **Tornar-se Pessoa**. Lisboa: Moraes editores, 1985, 7ª ed.

SAINT-EXUPÉRY, A. – **O Príncipezinho**. Lisboa: Editorial Presença, 2007, 28ª ed.

SAUD, L. F.; TONELOTTO, J. M. F. V. - **Comportamento Social na Escola: Diferenças entre Género e Séries**. In: **Comportamento Social. Psicologia Escolar e Educacional**. Lisboa. 9 (1), 47-57.( 2005)

SHECHTMAN, Z. – **An innovative intervention for treatment of child and adolescent aggression: an outcome study**. In: **Psychology in the schools**. Israel. vol. 37 (2), 2000.

TOPHAM, Glade L.; WAMPLER, Karen S. – **Predicting Dropout in a Filial Therapy Program for Parents and Young Children**. In: **The American journal of family therapy**. EUA. 36:60-78, 2008.

VIDIGAL, M. J. e cols. – **Intervenção terapêutica em grupos de crianças e adolescentes. Aprender a pensar**. Trilhos editores. Lisboa, (2005). ISBN 972-99110-1-0

WATSON, Jean – **Enfermagem: ciência humana e ciência do cuidar. Uma teoria de enfermagem**. Lisboa: Lusodidata, 1998.

## ANEXOS

## ANEXO I



## ANEXO II

## ANEXO III

## ANEXO IV